

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

246

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Albert **PIGOT**

Né à Fontaine-Fourche (Aube) le 13 août 1875

Ancien externe des Hôpitaux

DU SALICYLATE DE SOUDE

DANS LE TRAITEMENT

DES ORCHITES BLENNORRAGIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

QUENU et ROGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

240
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 11 Mars 1899, à 1 heure

PAR

Albert PIGOT

Né à Fontaine-Fourche (Aube) le 13 août 1875

Ancien externe des Hôpitaux

DU SALICYLATE DE SOUDE

DANS LE TRAITEMENT

DES ORCHITES BLENNORRAGIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

QUENU et ROGER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

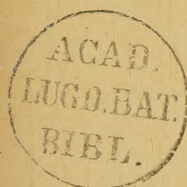
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mes Maîtres, dans les Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Debove

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Etant externe dans le service de M. le D^r Lacombe, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'orchi-épididymites blennorragiques traitées exclusivement par le salicylate de soude. Nous avons été frappé de la disparition rapide de tous les accidents, mais principalement du symptôme douleur. En effet, 24 heures après l'administration du salicylate de soude, chez la plupart des malades, la douleur à la pression n'existait pour ainsi dire plus.

Avec la permission de notre Maître, nous avons appliqué ce traitement à toutes les orchi-épididymites blennorragiques du service de chirurgie de l'hôpital Ricord ; et comme nous le montrerons plus loin, nous avons obtenu de bons résultats.

Aussi, avons-nous choisi ce genre de traitement comme sujet de notre thèse inaugurale. Nous espérons, en rappelant les conclusions établies par MM. Henderson, Chauffard, Du Castel, Pigornet et en y joignant les nôtres, attirer un peu l'attention sur cet excellent mode de traitement, qui, à notre avis, est un peu délaissé.

l'usage de boissons excitantes pour allumer l'étincelle et déterminer la maladie.

Quelles sont maintenant les lésions observées ? Les lésions atteignent toutes les parties génitales comprises entre l'urèthre et le testicule ; nous allons les passer rapidement en revue.

Les vésicules séminales, la plupart du temps légèrement touchées, peuvent être plus petites qu'à l'état normal et renfermer une sorte de bouillie jaunâtre, dépourvue de spermatozoïdes, bouillie qui n'est rien autre chose qu'un mélange de leucocytes et de cellules épithéliales.

Le canal déférent est augmenté de volume, il est deux ou trois fois plus gros qu'à l'état normal et à la déferentite s'ajoute quelquefois de la funiculite. L'inflammation gagne alors le tissu cellulaire du cordon, ce qui permet de constater, jusque dans le trajet inguinal, l'existence d'une tumeur cylindrique.

Mais la partie la plus touchée, celle qui n'échappe jamais, c'est l'épididyme ; son volume est considérable. Sa masse recouvre le bord postéro-supérieur du testicule. Cet accroissement excessif de l'épididyme est dû en partie à l'infiltration du tissu cellulaire lâche qui l'unit à la tunique vaginale.

Le testicule est plus rarement et moins envahi que cette dernière ; l'albuginée est épaissie et vascularisée ; les tubes seminifères sont séparés par un œdème inflammatoire ; leurs parois sont plus denses

qu'à l'état normal et leur lumière est encombrée de cellules épithéliales troubles.

Les lésions de la tunique vaginale existent dans tous les cas, mais ne se révèlent pas toujours par des signes cliniques ; aussi passent-elles bien souvent inaperçues. Elles ne sont reconnues que s'il existe un épanchement un peu considérable, or, le liquide est parfois si peu abondant qu'il échappe à l'examen.

L'inflammation gagne bientôt de proche en proche et finit par atteindre les couches sous-jacentes. La peau du scrotum est rouge, tendue, chaude et luisante.

Le premier signe qui appelle l'attention du malade, c'est la douleur. Tantôt c'est une sorte de pesantement qu'il ressent dans la région inguinale; quelquefois dans l'épididyme ; tantôt c'est une douleur qui naissant dans la prostate, s'irradie au testicule. Cette douleur s'accroît et coïncide avec le gonflement des bourses. Le canal déférent est tuméfié et rigide ; il augmente de volume et s'évase avant d'atteindre l'épididyme ; la tête et le corps de ce dernier se prennent et du liquide ne tarde pas à distendre la tunique vaginale. A ce moment la bourse du côté atteint est énorme ; son volume peut même dépasser celui du poing. Les accidents locaux vont en progressant et au cinquième jour ils ont atteint leur maximum d'intensité.

Rares dans les formes ordinaires, des phénomènes

nes généraux peuvent survenir dans certaines formes graves ; on observe alors de la fièvre, de l'agitation, des troubles gastriques. Dans certains cas où la tunique vaginale est très distendue, la fièvre s'accroît et s'accompagne de frissons ; toutefois ces cas graves ne sont que l'exception.

Tandis que ces phénomènes s'observent du côté du testicule, du côté de l'urèthre l'écoulement décroît et finit par se tarir.

Disons en passant que le symptôme douleur dans cette affection est très capricieux. A côté de malades atteints d'épididymites suraigües qui ne souffrent pas, il y en a d'autres qui, avec une inflammation de moyenne intensité de l'organe, souffrent énormément.

Dans la forme de moyenne intensité, forme qui est de beaucoup la plus fréquente, l'épididymite s'accroît, se développe et diminue en l'espace de quatre semaines. Dès la première, elle atteint son apogée, reste quelques jours stationnaire, puis décroît et du syndrome primitif il ne reste plus qu'un noyau induré de la queue, laquelle présente une sensibilité plus grande qu'à l'état sain.

S'il ne survient pas de reprises inflammatoires tout est fini au bout d'un mois.

La résolution de la partie inflammée n'est pas toujours observée et si dans certains cas la guérison

paraît complète, elle n'est quelquefois qu'apparente, car des troubles graves dans la spermato-génèse ne sont que trop souvent la conséquence de l'orchio-épididymite blennorragique.



Divers traitements employés dans les orchididymites blennorragiques

Bien des traitements ont été et sont encore préconisés pour combattre l'orchididymite blennorragique ; leur grand nombre, mieux que tous les raisonnements, démontre le peu d'efficacité de chacun d'eux. Nous allons rapidement énumérer les principaux, ceux qui présentent le plus d'intérêt.

Certains auteurs préconisent « le médicament quinze jours » ou autrement dit le repos au lit, les bourses relevées contre le pubis. D'autres préfèrent une purgation dès le début des accidents, et des cataplasmes émollients sur la partie malade, ou bien des compresses trempées dans une solution d'extrait de Saturne. L'onguent mercuriel eut aussi sa vogue. Les sangsues, qui sont encore employées, ont le grand avantage de calmer la douleur, mais aussi le grave inconvénient d'ouvrir la porte aux inoculations septiques. Les ponctions de la tunique vaginale en diminuant la tension, les mouchetures du scrotum aboutissent au même résultat.

La compression a eu et a encore ses partisans. Frick enserrait la partie malade dans des bandelettes de diachylon ; Velpeau préférait les bandelettes de Vigo ; d'autres se servaient de ouate refoulée par des bandes de toile ou emprisonnaient les bourses d'une enveloppe faite de collodion simple ou riciné.

Beaucoup de médecins militaires emploient la compression sous une autre forme ; ils appliquent le testicule malade sur la cuisse du patient et le compriment avec une bande de toile qu'ils serrent uniformément. Le suspensoir de Langlebert, qui soutient les parties malades, peut de même rendre des services.

On a aussi essayé le badigeonnage des bourses avec des solutions irritantes (chloroforme, solutions fortes d'acide et de nitrate d'argent).

Spillman et Schmitt conseillent des applications continues de glace ; Du Castel donne la préférence au stypage fait avec le chlorure de méthyle ; Reclus conseille de maintenir sur les bourses pendant une dizaine de minutes des compresses d'eau à la température de 55 degrés.

D'autres enfin emploient des médicaments à l'intérieur (sous-nitrate de bismuth, iodure de potassium, sulfure de calcium, l'huile de Santal jaune, la teinture d'anémone pulsatile à la dose de XXX gouttes par jour, etc.).

De toutes ces médications il n'en est aucune de

spécifique, aucune qui combatte directement le principe morbide. Ce sont là les traitements employés dans l'inflammation en général, mais rien de plus.

La durée de la maladie est de trois ou quatre semaines, que l'orchi-épididymite soit traitée par les moyens cités plus haut ou bien par l'expectative, le malade gardant le repos ; c'est dire que le patient non traité guérit à peu près aussi vite que celui qui l'a été.

On comprendra facilement que, voyant le peu d'efficacité de ces médications, on ait cherché un médicament spécifique comme l'est la quinine dans les fièvres palustres, le mercure dans la syphilis.

Le salicylate de soude qui, loin d'être le spécifique de cette affection donne, ainsi que nous essaierons de le montrer plus loin des résultats appréciables dans la plupart des cas.



Le salicylate de soude

Bien avant les premiers travaux sur l'acide salicylique, l'écorce de saule était employée dans le traitement de la fièvre intermittente et du rhumatisme articulaire, mais c'est surtout grâce à Stricker, qui en 1876, montra l'influence heureuse et rapide de l'acide salicylique sur le rhumatisme articulaire aigu et à G. Sée qui en fit le sujet d'une mémorable communication à l'Académie de médecine, que le salicylate de soude et l'acide salicylique entrèrent dans la pratique.

Nous allons rapidement retracer les propriétés de cette substance en insistant plus particulièrement sur celles qui rentrent dans notre sujet.

1° Le salicylate de soude est un antiseptique ; mais il l'est beaucoup moins que l'acide salicylique. En effet d'après Buchholtz une solution de 1/250 équivaut à une solution de 1/666 d'acide.

Doit-on déduire de là que le salicylate de soude agit surtout par l'acide salicylique obtenu par sa décomposition au contact de l'acide carbonique ? C'est

l'opinion de Binz, Nothnagel et Rossbach. A l'état normal le sang ne renfermant pas assez d'acide carbonique, le salicylate de soude n'est pas décomposé ; à l'état pathologique au contraire, comme par exemple chez un animal étouffé, il l'est. Aussi ces auteurs concluent que dans les tissus enflammés, la tension de l'acide carbonique est assez forte pour décomposer le salicylate de soude. De là son action locale dans les affections rhumatismales.

2° Le salicylate de soude est un antithermique ; il est de plus cholagogue. En outre son administration, d'après A. Robin, fait éliminer par le rein une quantité d'urée et d'acide urique plus considérable qu'à l'état normal.

3° Le salicylate de soude est analgésique, son pouvoir analgésique le fait employer pour calmer les douleurs parfois atroces des ataxiques, les névralgies des migraineux, pour calmer les maux de dents, etc.

Ce sel s'élimine principalement par le rein ; aussi ne faut-il pas omettre d'examiner l'état des reins avant de l'administrer au malade.

Donné pendant plusieurs semaines sans interruption, il peut provoquer tout à coup une intolérance se traduisant par le dégoût des aliments, intolérance qui d'après G. Sée cède si l'on fait suivre l'administration du médicament d'eau de Vichy ou bien encore d'une boisson alcoolique.

A faible dose il ne provoque chez l'homme aucun

trouble dans le système encéphalique ou médullaire, mais avec de fortes doses on peut avoir des bourdonnements d'oreille, de la diminution de l'acuité auditive, phénomènes disparaissant avec la cessation du médicament, quelquefois il s'ajoute des troubles visuels et du délire : si l'on augmente encore la dose la mort peut arriver dans le collapsus.

Le cœur et la circulation paraissent influencés par des doses un peu trop fortes de ce sel. Dans certains cas il y aurait augmentation du nombre des pulsations cardiaques (Schroeder), dans d'autres diminution (Blanchier).

En résumé, avant d'administrer le salicylate de soude à un malade, devons-nous reconnaître l'état de son cœur et celui de son rein.



Historique

Ce fut Henderson, un médecin anglais, qui le premier en 1880, donna du salicylate de soude à des malades atteints d'orchi-épididymites blennorragiques ; dans les trois observations qu'il a publiées, il a montré les bons effets qu'il obtint de ce traitement.

En 1884, à la société médicale des Hôpitaux, M. Chauffard fit une communication à ce sujet. La plupart de ses malades éprouvèrent, dans les 24 heures qui suivirent l'administration du médicament, quelquefois dès les premières heures un soulagement considérable ; la durée totale de la maladie a paru être sensiblement diminuée.

M. Ducastel qui de son côté a essayé ce traitement est arrivé aux mêmes conclusions.

En 1886, M. Pigornet l'a pris comme sujet de sa thèse inaugurale : nous reproduirons ici ses conclusions :

« 1° Dans l'orchite blennorragique, le salicylate de soude amène au bout de quelques heures, une

diminution d'abord, puis une disparition complète de la douleur.

2° Son action est surtout constante dans les cas aigus d'épididymite et de vaginalité;

3° Lorsque l'inflammation du cordon domine la scène, la médication est souvent sans effet;

4° Dans les cas ainsi traités, la résolution du gonflement commence plus tôt que dans les cas soumis au traitement des antiphlogistiques; elle suit une marche régulière et peut être achevée en moins de 8 à 10 jours ne laissant après elle qu'une légère induration de l'épididyme;

5° Cette médication a l'avantage de permettre au malade de se lever au bout d'un jour ou deux. Par sa simplicité, son innocuité et son efficacité bien constatée, elle présente de grands avantages sur les autres modes de traitement. »

M. André Martin (Médecine moderne, 12 mars 1898) préconise le salicylate de soude dans toutes les orchites blennorragiques mais principalement dans celles compliquées de funiculite.



Traitement des orché-épididymites par le salicylate de soude. — Résultats obtenus.

Malgré les excellents résultats obtenus par les auteurs précédents, le salicylate de soude n'a pas obtenu la place qui lui était due dans le traitement des orché-épididymites blennorragiques. Aussi, comme nous l'avons déjà dit plus haut, en traitant ce sujet, nous avons voulu, attirer un peu l'attention des praticiens sur cette médication.

Avant d'aller plus loin nous dirons comment nous entendons ce traitement.

Un malade atteint d'orchite entre à l'hôpital. Presque toujours, il a du fait de son affection un peu ou beaucoup d'embarras gastro-intestinal : langue saburrale, anorexie, constipation. Notre premier soin est de le purger, de lui administrer 40 grammes de sulfate de magnésie. Nous le mettons ensuite au repos, au repos absolu dans le décubitus dorsal ; les bourses sont maintenues relevées à l'aide d'une planchette garnie de ouate. Aussitôt le malade purgé, c'est-à-dire dès le lendemain de son arrivée, nous lui admi-

nistrions du salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour, dose moindre que celle donnée et recommandée par les auteurs précédents, dose que nous avons établie par tâtonnement et qui nous a paru suffisante. Il va sans dire qu'il ne faudra jamais donner du salicylate quand il y aura contre-indication soit du côté du cœur, soit du côté des reins. Ce sel sera pris en 4 fois par paquets de 1 gr. à une heure d'intervalle, soit en solution soit en cachets. Nous avons constaté plusieurs fois que la solution était difficilement tolérée par le tube digestif alors que la poudre ne donnait lieu à aucun accident. S'il survenait dans le cours du traitement un peu de constipation, il ne faudrait pas craindre de donner de nouveau au malade 40 grammes de sulfate de magnésie. Nous devons dire enfin qu'il ne faut pas cesser l'usage du salicylate de soude, une fois le traitement commencé sous peine de voir réapparaître tous les accidents.

Qu'observe-t-on sous l'influence de cette médication ?

Sous l'influence de ce traitement on observe dans la majorité des cas la disparition rapide de la douleur et la résolution prompte des parties enflammées ; mais pour exposer clairement les résultats que nous avons obtenus, nous diviserons les orchites en trois groupes. Le premier groupe renfermera ce qu'on pourrait appeler les orché-épididymites simples, celles qui ne s'accompagnent pas d'un fort épanche-

ment de la tunique vaginale et chez lesquelles le cordon spermatique n'est ni gros, ni douloureux. Le second groupe comprendra les orché-épididymites accompagnées d'un fort épanchement de la vaginale; enfin le troisième, les orchites avec cordon gros, dur et douloureux.

1° Orché-épididymites simples, sans complications. Dans l'orché-épididymite simple, avant l'administration du salicylate de soude, la pression testiculaire provoque une douleur très vive, la peau des bourses est rouge et chaude, l'épididyme et le testicule sont augmentés de volume. Si nous appliquons le traitement, 24 heures après tout est changé, ainsi que nous le montrent les observations I, II, III, VII, IX, XIII, XV, XVIII, XIX, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXX. Nous pouvons alors appuyer sur le testicule, le malade n'accuse plus de douleur. La peau des bourses est moins chaude et moins rouge; la glande spermatique a diminué de volume. Si nous continuons la médication le mieux s'accroît et tout rentre dans l'ordre. Au bout de 4 à 5 jours il devient quelquefois difficile de distinguer à première vue le côté malade du côté sain; toutefois à la palpation on sent au niveau de l'épididyme un noyau induré. Cette induration a du reste déjà été signalée. Quand disparaît-elle? nous ne le savons pas, car, ainsi que le dit M. Pigornet, les malades à ce moment quittent l'hôpital pour n'y plus revenir. On ne les revoit donc plus.

2° Orchi-épididymite avec épanchement considérable dans la tunique vaginale.

Supposons qu'aux lésions de l'épididyme et du testicule s'ajoute de la vaginalité avec un fort épanchement comme dans les observations X et XXXI. On pourra donner du salicylate de soude, mais les accidents ne rétrocéderont qu'assez lentement. La douleur qui est surtout produite dans ce cas par la tension du liquide dans la tunique vaginale, ne disparaîtra qu'avec lui. Or, contrairement à ce que pense M. Pigornet, nous avons remarqué que le salicylate de soude avait très peu d'influence sur la résorption du liquide. D'après ce que nous avons observé le salicylate aurait donc moins d'action dans ces cas que dans ceux où l'orchite n'est pas compliquée de vaginalité avec épanchement.

3° Orchi-épididymite avec cordon spermatique, gros, dur et douloureux.

Si à l'orchi-épididymite s'ajoute de la funéculite, on verra presque toujours échouer le salicylate de soude comme dans les observations XVI, XVIII, XXIX, XXXI. La douleur à la pression disparaît au niveau de l'épididyme et du testicule, mais elle persiste au niveau du cordon. Elle ne disparaît que peu à peu et ce n'est aussi que peu à peu que le cordon diminue de volume. Aussi pensons-nous qu'en face d'un cas semblable on aurait tout avantage à faire au niveau du cordon des onctions avec de l'onguent mer-

curiel belladonné pendant qu'on administre le salicylate.

Dans le cours du traitement par le salicylate de soude, alors que tout va bien, que tous les accidents ont disparu, que le malade se croit guéri, on est tout étonné parfois de voir les accidents réapparaître ; les bourses redeviennent rouges et chaudes ainsi qu'au premier jour, le testicule et l'épididyme très douloureux à la pression. Pourquoi cette réapparition des accidents, alors que tout semble terminé ?

Deux cas peuvent s'observer : ou bien l'on a cessé trop tôt l'administration du médicament ou bien le malade est très constipé.

1° On a cessé trop tôt l'administration du médicament. Comme on le voit dans les observations IV, XIV, XXI, XXII, les malades vont très bien ; ils omettent de prendre leur médicament ; 24 heures après, les accidents reparaissent avec autant d'intensité qu'au premier jour. Si la médication est reprise aussitôt, les accidents disparaissent de nouveau. N'y a-t-il pas là une analogie frappante avec ce qui se passe dans le rhumatisme articulaire aigu, où les accidents réapparaissent dès que l'on cesse le salicylate de soude, alors que le sujet n'est pas entièrement guéri ?

2° Le malade ne va pas à la garde-robes. Dans les observations V et XXVIII, nous voyons les malades allant très bien être repris de douleurs vio-

lentes au niveau du testicule et de l'épididyme, de rougeur et de chaleur des bourses. Le ventre est ballonné et douloureux à la pression. On administre 40 grammes de sulfate de magnésie et tout disparaît comme par enchantement.

Le salicylate de soude a-t-il une action différente suivant la période de la maladie à laquelle il est administré ?

Nous voyons que non si nous jetons les yeux sur les observations VIII, X, XI, XII. Dans la première de ces observations, la médication a été instituée au 8^e jour, la disparition complète de la douleur n'a eu lieu que 3 jours après ; dans la 2^e, maladie prise au 2^e jour, disparition complète de la douleur le 3^e jour de traitement ; dans la 3^e, maladie prise le 2^e jour, disparition des accidents après 1 jour ; enfin dans la dernière, maladie prise au 10^e jour, disparition de tous les accidents 24 heures après l'administration du médicament.

Le salicylate de soude administré à un malade atteint d'une orché-épididymite d'un seul côté empêche-t-il au testicule resté sain jusqu'alors de se prendre ? Non, ainsi que nous le voyons dans l'observation X. Il s'agit dans cette observation d'un malade qui, sur le point d'être guéri de sa première orchite, vit son autre testicule grossir et devenir douloureux. C'est là aussi ce qui se passe dans le rhumatisme articulaire aigu où les articulations peuvent

se prendre les unes après les autres. Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans répondre à une objection qui nous a été faite bien souvent.

Les excellents résultats que vous obtenez, nous a-t-on dit, sont-ils dûs non au salicylate de soude, mais bien au repos que garde le malade ?

Le repos, il faut bien l'avouer, est nécessaire, nous dirons même indispensable, mais il ne suffit pas, jetons les yeux sur l'observation VI. Il s'agit d'un malade qui arrive au 15^e jour de son orché-épididymite ; pendant 15 jours, nous a-t-il dit, il a gardé le repos absolu, appliquant de temps en temps des cataplasmes sur la partie malade. Voyant qu'il n'y avait pas de mieux, il entre à l'hôpital ; nous lui administrons du salicylate de soude et en 24 heures, douleur à la pression, rougeur et chaleur des bourses ; tout a disparu.

Ainsi donc nous dirons pour nous résumer que le salicylate de soude soulage beaucoup les malades et abrège la durée de leur affection ; ce mode de traitement surpasse tous ceux employés jusqu'à ce jour. Suivent maintenant nos observations qui sont toutes personnelles.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M..., garçon paveur, 25 ans.

Entré le 22 septembre, salle 3, lit 3. Orchi-épididymite blennorragique gauche, datant de 4 jours.

L'épididyme et le testicule sont gros ; la pression détermine une violente douleur ; le cordon est un peu augmenté de volume mais non douloureux. Pas de liquide appréciable dans la tunique vaginale ; les bourses sont rouges et chaudes.

23. Est mis au traitement.

24. La pression sur l'épididyme et sur le testicule ne provoque plus de douleur ; ils ont diminué de volume. Le cordon n'est plus aussi gros. La rougeur des bourses a presque totalement disparu.

25. Le mieux continue.

29. Il ne reste plus qu'un peu d'induration au niveau de l'épididyme et le long du cordon.

29. Le malade sort.

OBSERVATION II

V..., charretier, 20 ans.

Entre le 22 septembre, salle 3, lit 5.

Orchi-épididymite blennorragique gauche, datant de 3 jours. Le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume et très douloureux à la pression.

Rien du côté de la vaginale; rien non plus du côté du cordon.

23. Mis au traitement.

24. La douleur a totalement disparu à la pression. L'épididyme et le testicule sont moins gros. Les bourses ne sont presque plus rouges.

25-26. Le mieux continue.

27. A la vue le côté malade ne diffère pas du côté sain. A la palpation légère induration de l'épididyme.

29. Le malade sort.

OBSERVATION III

M... Eugène, pâtissier.

Entré le 22 septembre, salle 3, lit 10.

Orchi-épididymite gauche datant de 5 jours.

La pression sur le testicule détermine une douleur très vive. L'épididyme est augmenté de volume et très sensible au toucher. Rougeur et chaleur de la

bourse du côté atteint. Pas de liquide appréciable dans la vaginale. Le cordon n'est pas touché.

23. — Mis au traitement.

24. — La douleur n'existe plus ; la chaleur et la rougeur de la bourse ont disparu. L'épididyme est moins gros.

28. — Le testicule malade ne diffère du sain que par une légère induration au niveau de l'épididyme.

30. — Le malade sort.

OBSERVATION IV

Sch..., 23 ans, charron.

Entré le 22 septembre, salle 3, lit 11.

Orchite droite, datant de 5 jours, orchite simple, rien du côté de la tunique vaginale, rien non plus du côté du cordon.

23. — Mis au traitement.

24. — Le testicule et l'épididyme sont encore gros, mais la douleur à leur niveau a disparu entièrement.

25. — Le malade omet de prendre son salicylate de soude. Etat stationnaire,

26. — Recrudescence des accidents ; le testicule et l'épididyme sont aussi douloureux qu'au premier jour ; les bourses sont rouges et chaudes. Le malade reprend du salicylate.

27. — Les phénomènes inflammatoires et douloureux s'amendent.

28. — Le mieux continue.

30. — Le malade sort, en conservant, au niveau de son épидидyme, un petit noyau induré.

OBSERVATION V

D..., entre le 26 septembre, salle 3, lit 4.

Orchi-épидидymite droite, datant de 4 jours. L'épидидyme et le testicule sont gros et très douloureux, rougeur et chaleur des bourses, rien dans la vaginale, rien dans le testicule.

27. — Mis au traitement, on oublie de le purger.

28. — La douleur a presque totalement disparu, le testicule et l'épидидyme sont moins gros et les bourses moins chaudes et moins rouges.

29. — Malgré la continuation du salicylate, la douleur est revenue, les bourses sont d'une sensibilité extrême, rouges et brûlantes. Le ventre est ballonné et la pression dans les fosses iliaques provoque de la douleur. Le malade nous dit n'avoir pas été à la selle depuis 4 jours.

On lui administre 40 gr. de sulfate de magnésie.

30. — Le malade a été plusieurs fois à la garde-robes. Le testicule est moins douloureux et les bourses moins chaudes.

1^{er}. — Le mieux continue.

2. — Le malade sort avec un peu d'induration, épидidymaire.

OBSERVATION VI

R... Edmond, encadreur.

Entré le 26 septembre, salle 3, lit 23, orché-épididymite gauche, datant de 15 jours.

La bourse est rouge et chaude ; l'épididyme et le testicule augmentés de volume et assez douloureux.

Pendant 15 jours le malade a gardé le repos absolu au lit et sur le testicule malade a appliqué des cataplasmes faits avec de la mie de pain.

Au bout de 15 jours voyant qu'il n'y avait pas de changement se décide à venir à l'hôpital.

27. — Mis au traitement.

28. — La douleur n'existe plus. Le testicule et l'épididyme sont déjà moins gros.

30. — Le mieux continue.

1. — Le malade sort. Petite induration épидидymaire.

OBSERVATION VII

R..., sculpteur.

Entre le 26 septembre, salle 3, lit 20.

Orché-épididymite droite datant de 8 jours.

Epididyme et testicule gros et douloureux.

Pas de liquide appréciable dans la vaginale, le cordon est à peine touché.

- 27. — Mis au traitement.
- 28. — La douleur a entièrement disparu. L'épididyme et le testicule ont diminué de volume.
- 29. — Le mieux continue.
- 30. — Il n'y a plus qu'un peu d'induration au niveau de l'épididyme.
- 2. — Le malade sort.

OBSERVATION VIII

- B., Louis, charcutier.
 Entré le 28 septembre, salle 4, lit 5.
 Orchi-épididymite droite datant de 8 jours.
 L'épididyme est gros et douloureux ; le testicule est peu touché. La tunique vaginale et le cordon sont indemnes.
- 29. — Mis au traitement.
 - 30. — La douleur a un peu diminué, mais existe toujours ; l'épididyme est encore gros.
 - 1. — Etat stationnaire.
 - 3. — Disparition de tous les accidents.
 - 5. — Va très bien, mais il reste un petit noyau induré épидидymaire.
 - 7. — Le malade sort.

OBSERVATION IX

S..., boulanger.

Entre le 3 octobre, salle 3; lit 2.

Orchite gauche datant de 1 jour.

L'épididyme est un peu augmenté de volume ; il est très douloureux ; il n'y a rien du côté de la vaginale, le cordon n'est pas touché.

4. — Mis au traitement.

5. — L'épididyme est revenu presque à son état normal, il n'est plus douloureux. La rougeur et la chaleur de la bourse envahie n'existe plus.

9. — A l'inspection il n'y a pas de différence entre le côté malade et le côté sain. Pas trace d'induration.

11. — Le malade sort.

OBSERVATION X

Sch..., cultivateur.

Entre le 4 octobre, salle 3, lit 3.

Orchi-épididymite gauche datant de 2 jours.

La bourse du côté atteint est rouge et chaude.

Le testicule et l'épididyme sont gros et très douloureux.

La vaginale et le cordon sont intacts.

5. — Mise au traitement.

Pigot

7. — Même état qu'au début des accidents.

9. — Pas de changement. Constipation opiniâtre. Purgation avec 40 grammes de sulfate de magnésie.

10. — On note une certaine amélioration ; la douleur est moins vive et la bourse moins rouge.

12. — Le testicule a beaucoup diminué et la douleur s'est amendée.

14. — La douleur a entièrement disparu. Il ne reste plus qu'un petit noyau induré épидидymaire.

Le second testicule se prend.

Le testicule et l'épididyme ont augmenté de volume et sont très douloureux à la pression. Le cordon est gros et très sensible au toucher. La tunique vaginale renferme du liquide.

On continue le traitement par le salicylate de soude.

19, 20. — Le testicule et l'épididyme sont toujours très douloureux ; le liquide augmente dans la tunique vaginale.

22. — La douleur est si vive que pour soulager le malade on lui fait du stypage.

A partir de ce moment le mieux apparaît.

24. — La douleur se calme peu à peu, le liquide diminue, le cordon est moins douloureux.

26. — Le malade va bien.

30. — Le malade sort. Induration du cordon et de l'épididyme.

OBSERVATION XI

Erp..., ébéniste.

Entré le 4 octobre, salle 3, lit 4.

Orchi-épididymite droite datant de 2 jours.

Le testicule et l'épididyme sont gros et douloureux ; le cordon intact ; très peu de liquide dans la vaginale.

5. — Mis au traitement.

6. — La douleur a entièrement disparu. Le testicule et l'épididyme sont encore un peu gros.

9. — Le testicule et l'épididyme sont presque revenus à leur état normal.

10. — Il n'y a plus qu'un peu d'induration de l'épididyme.

11. — Le malade sort.

OBSERVATION XII

D..., maçon.

Entre le 4 octobre, salle 3, lit 9.

Orchi-épididymite droite datant de 10 jours.

La bourse est rouge et chaude ; l'épididyme est gros et douloureux ; le testicule est très peu pris.

Pas de liquide dans la tunique vaginale. Rien au cordon.

5. — Mis au traitement.

8. — Toutes les manifestations de l'orchite ont disparu.

Plus ni douleur, ni rougeur, ni chaleur au niveau de la région malade. Toutefois l'épididyme reste encore un peu induré

10. — Le malade sort.

OBSERVATION XIII

Soub..., briquetier.

Entré le 4 octobre, salle 3, lit 11.

Orchi-épididymite gauche datant de 5 jours.

Le testicule et l'épididyme seuls sont atteints.

Rien du côté de la vaginale, ni du côté du cordon.

5. Mis au traitement.

6. La douleur a entièrement disparu. L'épididyme et encore gros.

9. Il n'y a plus ni rougeur ni chaleur au niveau de la bourse malade; l'épididyme a beaucoup diminué de volume.

11. Le malade sort en conservant comme les précédents, de l'induration de l'épididyme.

OBSERVATION XIV

B..., employé de commerce.

Entré le 3 octobre. Salle 3, lit 14.

Orchi-épididymite gauche datant de 2 jours. Il présente les symptômes de l'orchite simple.

4. Mis au traitement.

5. La rougeur et la chaleur ont presque totalement disparu, par la pression on provoque encore un peu de douleur. Le testicule est moins gros.

6. Le mieux continue ; mais le malade a oublié de prendre son salicylate.

7. Reprise des accidents. Rougeur, chaleur, douleur réapparaissent. On donne du salicylate.

9-10. Les accidents disparaissent de nouveau.

12. Le malade sort en conservant un peu d'induration épидидymaire.

OBSERVATION XV

G..., pâtissier.

Entré le 3 octobre. Salle 3, lit 23.

Orchi-épididymite gauche datant de 6 jours. Le testicule et l'épididyme sont seuls atteints. La tunique vaginale et le cordon ne sont pas touchés.

4. Mis au traitement.

5. La douleur a entièrement disparu. Encore un peu de rougeur et de chaleur au niveau de la bourse prise.

9. Il n'y a plus trace de rougeur, ni de chaleur. Encore un peu d'induration au niveau de l'épididyme.

12. Le malade sort.]

OBSERVATION XVI

B..., électricien.

Entré le 3 Salle 3, lit 27.

Orchi-épididymite gauche datant de 7 jours. L'épididyme et le testicule sont gros et douloureux. Le cordon est gros aussi, il est très sensible à la pression du doigt.

4. Mis au traitement.

5. La douleur a un peu diminué au niveau du testicule et de l'épididyme qui restent gros, au niveau du cordon la douleur augmente.

7. Il n'y a presque plus rien du côté de l'épididyme et du testicule, le cordon reste toujours gros et douloureux.

10. La douleur commence à diminuer au niveau du cordon.

13. Le cordon reste un peu induré, mais non douloureux.

14. Le malade sort.

OBSERVATION XVII

Ch..., employé.

Entré le 3, salle 3, lit 25.

Orchi-épididymite droite datant de 6 jours.

L'épididyme et le testicule sont très douloureux ; il y a un peu de liquide dans la tunique vaginale.

4. Mis au traitement.

5. Il y a bien peu de changement, peut-être un peu moins de douleur.

7. Petite amélioration. Le testicule est moins douloureux mais reste gros.

9. Le mieux continue.

11. Réapparition de tous les symptômes (rougeur, chaleur, douleur). Ballonnement du ventre, douleurs dans les deux fosses iliaques. On donne au malade 40 grammes de sulfate de magnésie.

12. Amélioration notable ; la douleur a beaucoup diminué.

17. Toutes les manifestations ont disparu et le malade pourrait se considérer comme entièrement guéri s'il ne lui restait un petit noyau induré épидidymaire.

OBSERVATION XVIII

Gr..., journalier.

Entre le 7 octobre, salle 3, lit 15.

Orchi-épididymite droite datant de 2 jours.

Pas d'accidents du côté de la tunique vaginale ; le cordon n'est pas touché.

8. Mis au traitement.

9. La douleur n'existe plus à la pression. Presque plus de rougeur, ni de chaleur. Le testicule et l'épididyme restent un peu volumineux.

13. Il ne reste plus qu'un peu d'induration au niveau de l'épididyme.

14. Le malade sort.

OBSERVATION XIX

M..., limonadier.

Entré le 6, salle 3, lit 20.

Orchi-épididymite gauche datant de 3 jours.

L'épididyme et le testicule sont très augmentés de volume et douloureux à la pression.

7. Mis au traitement.

8. La douleur n'existe pour ainsi dire plus, mais l'épididyme et le testicule ont peu diminué de volume.

9. L'épididyme et le testicule diminuent petit à petit.

13. Tous les signes de l'inflammation aiguë ont disparu, il ne reste plus qu'un peu d'induration de l'épididyme.

14. Le malade sort.

OBSERVATION XX

H..., polisseur sur métaux.

Entré le 7, salle 1, lit 30.

Vulgaire orchi-épididymite gauche datant de 8 jours.

8. Mis au traitement.

9. Aucune amélioration.

10. Le testicule et l'épididyme diminuent de volume avec persistance de la douleur.

13. Tous les signes de l'orchite ont disparu ; il ne reste plus qu'un peu d'induration de l'épididyme.

14. Le malade sort.

OBSERVATION XXI

F..., garçon boucher.

Entré le 10 octobre, salle 3, lit 2.

Orchi-épididymite droite datant de 3 jours.

La bourse droite est chaude et rouge, l'épididyme et le testicule volumineux et très douloureux.

11. — Mis au traitement.

12. — Amélioration. La douleur à la pression a beaucoup diminué, le testicule est moins gros.

13. — Le malade oublie de prendre son salicylate.

14. — Réapparition des accidents. On redonne du salicylate de soude.

15. — Aussitôt les phénomènes inflammatoires s'apaisent.

18. — Le malade va bien, mais il conserve toujours de l'induration au niveau de l'épididyme.

20. — Le malade sort.

OBSERVATION XXII

Br..., tailleur d'habits.

Entré le 10, salle 3, lit 11.

Orchi-épididymite droite datant de 4 jours.

Orchite vulgaire. La tunique vaginale et le cordon ne sont pas touchés.

11. — Mis au traitement.

12. — Plus de douleur au niveau de la région malade, l'épididyme et le testicule sont encore gros. Presque plus de rougeur.

13. — Le malade omet de prendre son salicylate.

14. — Réapparition de la douleur. On redonne du salicylate de soude.

15. — Tout se calme de nouveau.

18. — Tout a disparu à l'exception d'un peu d'induration de l'épididyme.

20. — Le malade sort.

OBSERVATION XXIII

Ch..., mécanicien.

Entré le 10, salle 3, lit 12.

Orchi-épididymite droite datant de 8 jours.

Orchite vulgaire. La vaginale et le cordon sont intacts.

11. — Mis au traitement.

12. — Amélioration notable. Plus de douleur à la pression, gros épididyme et gros testicule.

16. — L'épididyme et le testicule ont recouvert à peu près leur volume normal ; mais à la palpation, on sent qu'il reste encore dans le premier un petit noyau induré.

18. — Le malade sort.

OBSERVATION XXIV

B..., Adolphe, cocher.

Entré le 10 octobre, salle 4, lit 14.

Orchi-épididymite droite datant de 5 jours. Le testicule et l'épididyme sont gros, mais pas très douloureux.

11. — Mis au traitement.

12. — Il n'y a plus de douleur à la pression ; la bourse est moins rouge et le testicule moins gros.

14. — Le mieux continue.

17. — Il ne reste plus qu'un peu d'induration au niveau de l'épididyme.

19. — Le malade sort.

OBSERVATION XXV

B..., forgeron.

Entré le 11, salle 3, lit 1.

Orchi-épididymite datant de 6 jours.

La douleur est très vive au niveau du testicule et de l'épididyme atteints ; la bourse est rouge et chaude.

12. — Mis au traitement.

13. — La douleur à la pression n'existe pour ainsi dire plus ; le testicule et l'épididyme ont beaucoup diminué de volume.

15. — Le mieux continue.

19. — Il ne reste plus qu'un peu d'induration épididymaire.

20. — Le malade sort.

OBSERVATION XXVI

E..., mécanicien, 51 ans.

Entré le 13 octobre, salle 3, lit 9.

Orchi-épididymite droite datant de 5 jours.

Orchite normale ; rien à noter ni du côté de la vaginale, ni du côté du cordon.

14. — Mis au traitement.

15. — La douleur à la pression a totalement disparu ; la bourse n'est plus aussi rouge mais le testicule et l'épididyme n'ont guère diminué de volume.

17. — Presque tous les accidents ont disparu, il ne reste plus, comme toujours, qu'un petit noyau induré dans l'épididyme.

19. — Le malade part.

OBSERVATION XXVII

B..., valet de chambre.

Entré le 14 octobre, salle 3, lit 3.

Orchi-épididymite droite datant de 8 jours.

Le malade souffre beaucoup, car depuis le début

des accidents il n'a pu garder le repos. La peau de la bourse droite est rouge et chaude ; l'épididyme est excessivement douloureux.

15. — Mis au traitement.

16. — Il n'existe plus qu'une douleur minime à la pression, douleur qui est loin d'être comparable à celle observée la veille. Il est possible à ce moment d'examiner le testicule et l'épididyme qui sont très augmentés de volume.

18. — Le mieux continue. Il n'y a plus de douleur à la pression ; la glande spermatique est moins grosse.

20. — L'épididyme ne présente plus qu'un petit noyau induré.

22. — Le malade sort.

OBSERVATION XXVIII

D..., journalier.

Entré le 14 octobre, salle 3, lit 28.

Orchi-épididymite droite datant de 2 jours.

Le testicule et l'épididyme sont très augmentés de volume et très douloureux à la pression. On note un peu de liquide dans la tunique vaginale ; le cordon est gros et douloureux.

15. — Mis au traitement.

16. — La douleur a presque entièrement disparu du côté du testicule et de l'épididyme mais le cordon est toujours aussi gros et aussi sensible à la pression.

21. — Plus d'accidents ni du côté de l'épididyme

ni du côté du testicule. Le cordon reste toujours douloureux.

24. — Réapparition de tous les accidents. Le testicule redevient toujours douloureux et la sensibilité du cordon augmente. Le liquide dans la tunique vaginale apparaît. Le ventre est ballonné.

Administration de 40 grammes de sulfate de magnésie.

27. — Les phénomènes inflammatoires s'apaisent le liquide de la vaginale se résorbe peu à peu. La pression au niveau du cordon détermine une douleur moins vive.

30. — La douleur au niveau du cordon n'existe plus, mais le cordon reste induré.

Le malade sort.

OBSERVATION XXIX

A..., raffineur.

Entré le 17 octobre, salle 3, lit 4.

Orchi-épididymite droite datant de 4 jours, c'est la deuxième de ce côté.

L'épididyme et le testicule sont gros et douloureux. Pas de liquide dans la vaginale. Cordon augmenté de volume, dur et douloureux.

18. — Est mis au traitement.

19. — Le testicule et l'épididyme ne sont plus que peu douloureux ; la douleur au niveau du cordon s'est accrue.

21. — Plus de douleur au niveau du testicule ; elle est un peu diminuée au niveau du cordon.

Etat gastrique excellent.

24. — Cordon encore un peu sensible à la pression du doigt.

26. — Induration du cordon et de l'épididyme.

29. — Le malade sort.

OBSERVATION XXX

B..., employé.

Entré le 20 octobre. Salle 3, lit 11.

Orchi-épididymite droite datant de 5 jours.

L'épididyme est gros et douloureux à la pression du doigt, le testicule aussi. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale, le cordon n'est pas touché ; la bourse du côté atteint est rouge et chaude. Etat gastrique excellent.

21. — Mis au traitement.

22. — La rougeur a beaucoup diminué. L'épididyme et le testicule ne sont plus douloureux à la pression.

24. — La glande spermatique a beaucoup diminué de volume.

27. — A l'inspection il serait difficile de reconnaître le testicule malade du testicule sain.

A la palpation petite induration épидидymaire.

29. — Le malade sort.

OBSERVATION XXXI

E..., terrassier.

Entré le 17 octobre, salle 3, lit 3.

Orchi-épididymite droite datant de 4 jours.

La pression testiculaire détermine une douleur très vive; l'épididyme paraît augmenter de volume et douloureux; il y a beaucoup de liquide dans la vaginale; le cordon est augmenté de volume, dur, très douloureux à la pression.

18. — Mis au traitement.

21. — La douleur est toujours vive, le liquide de la vaginale ne s'est pas résorbé.

25. — La douleur a diminué un peu; il existe encore du liquide dans la tunique vaginale.

28. — Plus de liquide, plus de douleur. Induration de l'épididyme.

29. — Le malade sort.

OBSERVATION XXXII

M... Pierre, chaudronnier.

Entré le 13, salle 3, lit 24.

Orchi-épididymite droite datant de 8 jours.

L'épididyme est augmenté de volume et douloureux; le testicule peu touché.

Le cordon n'est pas atteint.

14. — Mis au traitement.

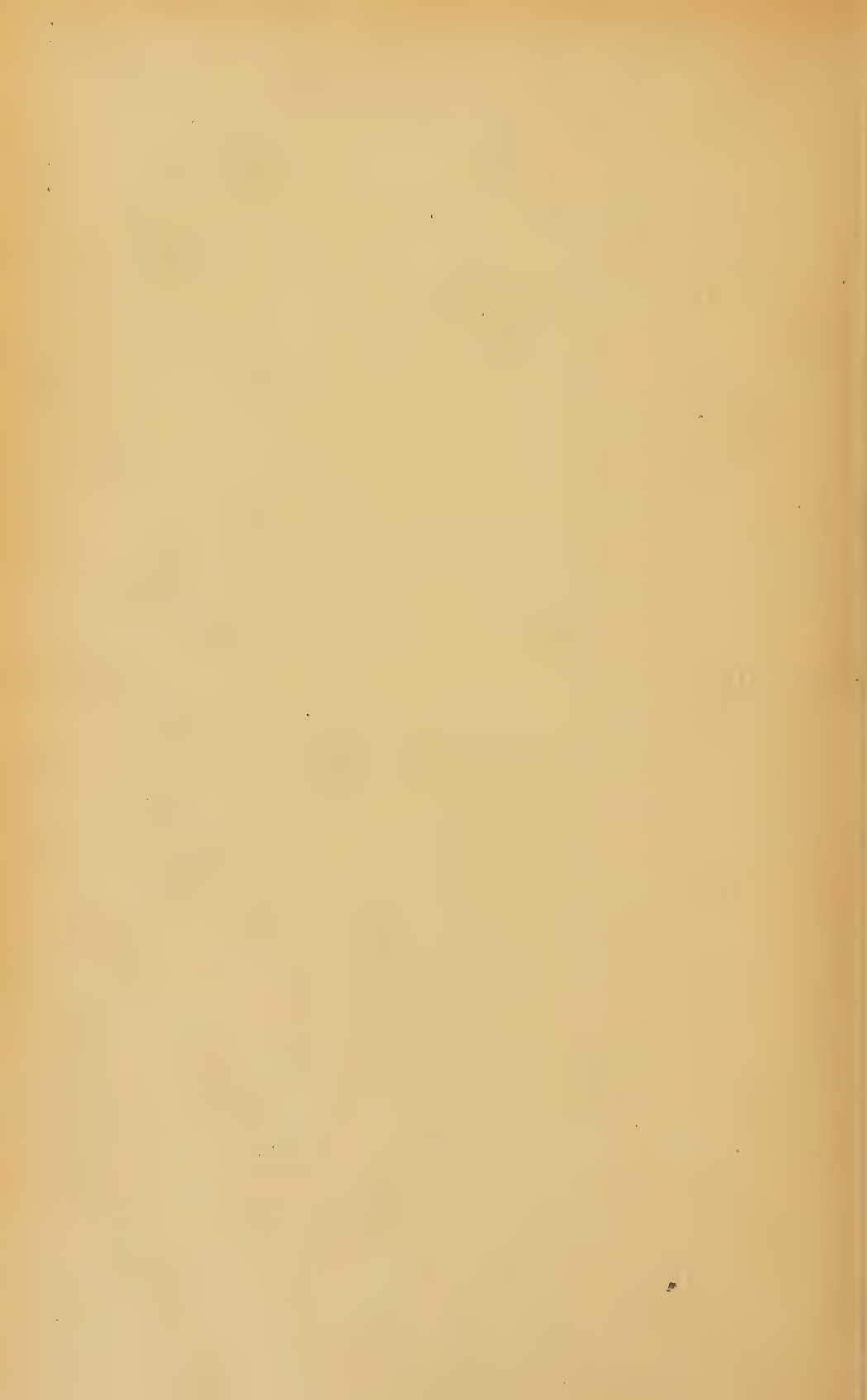
15. — A la pression la douleur n'existe presque plus ; l'épididyme est encore assez gros.

21. — Tous les accidents ont disparu.

23. — Il ne reste plus qu'un peu d'induration de l'épididyme.

24. — Le malade sort.





CONCLUSIONS

Des observations précédentes il résulte :

1° Que la médication par le salicylate de soude est supérieure à toutes celles employées jusqu'à ce jour dans les orché-épididymites où la douleur est intense, où le cordon spermatique et la tunique vaginale sont peu touchés.

2° Qu'elle agit moins bien :

1° Lorsque le cordon participe à l'inflammation;

2° Lorsqu'il y a vaginalité avec fort épanchement.

Et qu'alors pensons-nous, il y aurait tout avantage à associer au salicylate de soude dans le 1^{er} cas, des onctions faites au niveau du cordon avec de l'onguent napolitain belladonné.

Et dans le 2^e cas du stypage suivi ou non de ponction de la vaginale.

Vu :

Le Président de la Thèse.

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie, tome VIII.

Traité élémentaire de thérapeutique (Manquat).

Chauffard. — Société médicale des Hôpitaux (1884).

Pigornet. — Thèse de Paris, 1886.

Du Castel. — Mercredi méd., 1890.

André Martin. — Médecine moderne, 1898.



